

Cuestionario del Sueño

Sus respuestas le daran al personal de ASC una mayor comprension de sus habitos del sueno y cuestiones relacionadas con la salud. La información proporcionada será mantenida en estricta confidencia y se utilizará para darle mejor atención. Por favor responder lo mejor que pueda y firmar.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Altura: _____ Peso: _____ Sexo: MASCULINO _____ FEMENINA _____

INFORMACIÓN SOBRE SU MÉDICO:

Médico Primario: _____ Dirección: _____

Teléfono: (_____) _____

Médico que pidió el estudio (si es diferente del médico primario): _____

Dirección: _____ teléfono: (_____) _____

Especialidad del Medico: _____

HISTORIA DE SUEÑO:

De una breve descripción de los problemas de sueño que está experimentando y cuándo comenzó:

- | | |
|---|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Tiene sueno inquieto? | ¿Por cuánto tiempo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Le han dicho que ronca? | ¿Por cuánto tiempo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Ronca en cualquier posición? | ¿Por cuánto tiempo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Su familia le ha dicho que deja de respirar en la noche? | ¿Por cuánto tiempo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Se ha despertado sintiéndose que le falta el aire? | ¿Por cuánto tiempo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Despierta con la boca reseca? | ¿Por cuánto tiempo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Despierta en la mañana con dolores de cabeza? | ¿Por cuánto tiempo? _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Ha cambiado su peso en los últimos 5 años? | subió _____ perdió _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Siente hormiguero en las piernas? | ¿Por cuánto tiempo? _____ |
| <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Patalea durante la noche? | ¿Por cuánto tiempo? _____ |

- Si No ¿Duerme mejor fuera de su propia cama? (por ejemplo cuando esta de vacación) ¿Por cuánto tiempo? _____
- Si No ¿Le molesta algún dolor durante la noche? ¿Por cuánto tiempo? _____
- Si No ¿Ruje los dientes durante la noche? ¿Por cuánto tiempo? _____
- Si No ¿Es sonámbulo? ¿Por cuánto tiempo? _____
- Si No ¿Habla en su sueño? ¿Por cuánto tiempo? _____
- Si No ¿Se ha sentido paralizado mientras se queda dormido o al despertar? ¿Por cuánto tiempo? _____
- Si No ¿Ha visto imágenes o sueños al comienzo del sueño? ¿Por cuánto tiempo? _____
- Si No ¿Se ha sentido de repente débil cuando tiene emociones fuertes ya sea risa o enojo? ¿Por cuánto tiempo? _____
- Si No ¿Tiene dificultad quedándose despierto cuando conduce un coche? ¿Por cuánto tiempo? _____
- Si No ¿Ha tenido un accidente automóvil debido al sueño exceso?
(Si acaso sí) Fecha del Accidente ____ / ____ / ____

HORARIO DEL SUEÑO:

Hora de acostarse	Hora de despertarse	Promedio de sueño
De lunes a viernes: _____ am/pm	_____ am/pm	_____ horas
Fin de Semana: _____ am/pm	_____ am/pm	_____ horas

- ¿Despierta sintiéndose descansado? Sí___ No___
- ¿Utilizas el tratamiento de CPAP en la noche? Sí___ No___
Numero de Presión de CPAP: _____
- ¿Trabaja durante la noches o tiene turnos rotativos? Sí___ No___
- ¿Cuánto tiempo tarda para quedarse dormido/a? _____ Horas _____ minutos
- ¿Cuántas veces se despierta durante la noche? _____ ¿Se vuelve a dormir fácilmente? _____
- ¿Toma siesta? Sí___ No___ ¿Con qué frecuencia y a qué hora? _____

HISTORIA MÉDICA

Por favor marque todo lo que aplique..

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Amigdalotomía/Anginas | <input type="checkbox"/> Cirugía Nasal | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Reparación de Hernia | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Apendicetomía | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Alta Presión |
| <input type="checkbox"/> Bypass Cardíaca | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> GERD/Reflujo |
| <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Pulmones | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cirugía Ortopédica | <input type="checkbox"/> Artritis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Catéter Cardíaco | <input type="checkbox"/> Úlceras | _____ |

***** Si usted respondió "sí" a las alergias, indíquelos todos**

Medicamentos: Por favor liste todos los medicamentos que está tomando actualmente
(Nombre / dosis) (Nombre / dosis)

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Medicamentos sin receta:

Liste si tiene alergias a ciertos medicamentos

¿Usa oxígeno suplementario? Si No

¿cuantos litros de oxígeno usa? _____

HISTORIA SOCIAL:

Cafeína

¿Cuántas bebidas con cafeína consume al día?

Sodas: _____

Te: _____

Café: _____

Bebidas de energía: _____

Tabaco/Cigarrillos

Nunca he fumado

Deje de fumar

Actualmente fumo

Mastico tabaco

¿Cuántos paquetes? _____

¿Por cuántos años? _____

Hogar

Casado/a

Divorciado/a

Viudo/a

Soltero/a

Hijos

¿Cuántos hijos? _____



Café: _____

Alcohol: Nunca
Deje de tomar
De vez en cuando
Diario
Cerveza
Licor
Cócteles

Drogas ilícitas: Nunca
Deje de usar
De vez en cuando
Diario
¿Qué está usando? _____

Trabajo: Retirado
Discapacitado
Estudiante
Empleado
Turno del día
Turno de la noche
Turno rotante

¿Qué es (fue) su ocupación? _____

HISTORIA MEDICA FAMILIAR

Historia médica de la familia incluyendo padre, madre, y hermanos:

Familiar		Familiar	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	Obesidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____
Presión alta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	Ronquidos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____
Ataque Cerebral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	Apnea del sueño	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____
Narcolepsia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	Fatiga en el día	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____
Depresión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	Ansiedad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____

SUS SINTOMAS: Tiene alguno de los siguientes:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No fiebre | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No dolor en el pecho |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sudores en la noche | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No hinchazón de los tobillos |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No inexplicable pérdida/ganancia de peso | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No soplo cardíaco |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No pérdida de la audición/sonido | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No heces negras o con sangrado |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No voz ronca | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No náuseas/vómitos |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No dificultad para tragar |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No congestión nasal | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No dolor abdominal |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No tos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No infecciones frecuentes de la vejiga |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No falta de respiración | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No dolor al orinar |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No dificultad respirando boca arriba | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No orinar frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No dificultad respirando en la noche | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sangre en la orina |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sibilancias | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No orinar por la noche |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No tos con sangre | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No pérdida de control de la vejiga |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No prueba TB positiva | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No dificultad orinando |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No dolor muscular | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No erupción de piel |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No dolor en las articulaciones | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No moretea fácilmente |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sed excesiva | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No pérdida de apetito |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No humedad de la piel o sequedad | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sentirse deprimido |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No calor intolerancia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No intolerancia al frío | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No agitación |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No estoy o ahora podría estar embarazada | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No parálisis |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No posmenopáusicas | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No adormecidas/debilidad piernas
manos, o pies |
- Si No más estrés/problemas en el trabajo
- Si No problemas con el equilibrio
- Si No historia de ataque cerebral
- Si No dificultad con concentración
- Si No convulsiones
- Si No dolores de cabeza

¿OTROS SÍNTOMAS?

ESCALA DE SOMNOLENCIA DE EPWORTH

¿Qué probabilidad hay de que le dé sueño o se quede dormido/a en las siguientes situaciones? Apunte el **número más apropiado** para cada situación.

Escala: 0 = **nunca**
 1 = **ligera** posibilidad
 2 = probabilidad **moderada**
 3 = **Alta** probabilidad

SITUACIÓN	PROBABILIDAD
Sentado y leyendo	_____
Viendo la televisión	_____
Sentado inactivo en un lugar público como un teatro o reunión	_____
Como pasajero en un auto durante una hora sin interrupción	_____
Acostado/a en la tarde cuando permitan las circunstancias	_____
Sentado y hablando con alguien	_____
Sentado tranquilamente después de un almuerzo sin alcohol	_____
En un coche mientras parado por unos minutos en el tráfico	_____
TOTAL (suma los números):	_____

Cuestionario del Síndrome de Piernas Inquietas

1. ¿Tiene sensaciones en las piernas que describiría como "adolorido," "hormiguero," "picazón," "o dolorosa?"

Si **No** En caso afirmativo, describa _____

2. ¿Diría usted que a veces está inquieto o siente la necesidad de levantarse y caminar?

Si **No** En caso afirmativo, describa _____

3. ¿Estos síntomas se empeoraran cuando usted está descansando?

Si **No** En caso afirmativo, describa: _____

4. ¿Siente alivio al moverse?

Si **No** En caso afirmativo, describa: _____

5. ¿Los síntomas empeoran en la noche, especialmente cuando se acuesta?

Si **No** En caso afirmativo, describa: _____

X Por favor firme

Firma del paciente

Nombre en letra de molde

Fecha